

DEMOGRAFICZNE DROGOWSKAZY DLA GERONTOLOGICZNEJ PRACY SOCJALNEJ

Demographic signposts for gerontological social work

Streszczenie

Spektakularnym przejawem charakterystycznego dla współczesnych czasów procesu starzenia się społeczeństw jest wzrost odsetka ludzi starych. Tworzą oni zbiorowość wewnątrznie zróżnicowaną pod względem wielu cech, między innymi cech demograficznych. W artykule przedstawiono strukturę zbiorowości polskich seniorów, to jest osób powyżej 65. roku życia, według płci, stanu cywilnego, wieku oraz stopnia niesprawności funkcjonalnej. Cechuje ją przewaga ilościowa kobiet, wysoki udział wdów i zwiększający się odsetek osób sędziwych o ograniczonych możliwościach samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych. Zwrócono uwagę na konieczność uwzględnienia demograficznego zróżnicowania zbiorowości seniorów w planowaniu i realizowaniu działań bezpośrednich i pośrednich z zakresu gerontologicznej pracy socjalnej.

Słowa klucze: starzenie się społeczeństwa, ludzie starzy, gerontologiczna praca socjalna

Summary

A striking aspect of the process of population aging, which is so typical of modern times, is an increase in the proportion of old people. The elderly are a heterogeneous subpopulation, differing in many characteristics, including demographic ones. The article presents the structure of the Polish senior population, i.e. the population of people over 65 years of age, in terms of their age, sex, marital status, and degree of functional disability. The senior population is marked by a numerical predominance of women, a high proportion of widows, and a growing proportion of the very old with a reduced ability to perform the basic activities of daily living. Attention is drawn to the need to take into account the demographic diversity of the population of seniors in the planning and implementation of direct and indirect practice in gerontological social work.

Key words: population aging, the elderly, gerontological social work

Wprowadzenie

O obecności i stanie zaawansowania znamiennego dla współczesnych czasów problemu starzenia się społeczeństw decydują procesy ludnościowe, których badaniem i wyjaśnianiem zajmuje się demografia. Nic więc dziwnego, że przedstawiciele tej dyscypliny – szczególnie z krajów rozwiniętych, o wysokim odsetku ludzi starych – stawiają ten problem w centrum swej uwagi, poddając analizie różne jego aspekty. Także specjaliści z innych dziedzin, zajmujący się problematyką gerontologiczną, doceniają i podkreślają rolę demograficznych uwarunkowań i przejawów starzenia się społeczeństw, czego najlepszym dowodem jest powszechna obecność w ich pracach wątku demograficznego. Wątek ów, traktowany najczęściej jako punkt wyjścia do rozważań ujmujących poruszane zagadnienia gerontologiczne z perspektywy zgodnej z profesjonalnymi zainteresowaniami autorów, zawiera zazwyczaj podstawowe informacje o przyczynach starzenia się populacji oraz aktualnym i prognozowanym odsetku ludzi zaliczanych do kategorii seniorów. Natomiast sama ta kategoria bywa niejednokrotnie prezentowana w taki sposób, jak gdyby stanowiła niezróżnicowany wewnętrznie monolit, złożony z osób, których jedynym istotnym wyróżnikiem jest podeszły wiek, nie tylko decydujący o zaliczeniu ich do tej zbiorowości, ale także przesądzający o charakterze odczuwanych przez nich potrzeb i przeżywanych problemów¹.

Negowanie twierdzenia o istnieniu pewnych wspólnych dla całej subpopulacji seniorów problemów i potrzeb jest z całą pewnością bezpodstawne, ale za równie nieuzasadnione należy uznać pomijanie oczywistego faktu, że w jej skład wchodzi osoba o różnych cechach demograficznych i społecznych, niepozostających bez wpływu na sposób ich funkcjonowania w okresie wczesnej i późnej starości. Chodzi tu zarówno o cechy zdeterminowane biologicznie, a więc płeć i wiek oraz powiązany z nim stopień samodzielności/niesamodzielności funkcjonalnej, jak i o cechy uwarunkowane społecznie, na przykład stan cywilny.

Zwrócenie uwagi na rolę powyższych cech jest szczególnie ważne z punktu widzenia praktycznych działań, których adresatami są osoby w podeszłym wieku, a wykonawcami – profesjonaliści zaangażowani w organizowanie i prowadzenie pracy socjalnej ukierunkowanej na udzielanie im wsparcia w rozwiązywaniu problemów i przezwyciężaniu różnych trudnych sytuacji życiowych, a także na ich aktywizację, za-

¹ Taki właśnie sposób postrzegania ludzi w starszym wieku, określany mianem homogenizacji seniorów, stanowi jeden z aksjomatów tak zwanej demografii apokaliptycznej. Zdaniem Ellen Gee, która dokonała krytycznej analizy założeń tego podejścia, powyższa teza jest całkowicie niezgodna z rzeczywistym stanem rzeczy, bo przecież seniorzy są zróżnicowani pod względem wielu cech, między innymi: poziomu wykształcenia, sytuacji ekonomicznej czy stopnia sprawności. Bagatelizowanie tych różnic przy opracowywaniu programów polityki społecznej na rzecz tej grupy może skutkować dalszym pogłębieniem już istniejących wśród jej członków nierówności (Gee 2002: 750–753). Podobną opinię na temat też demografii apokaliptycznej formułuje polski demograf Paweł Szukalski (2009: 26 i nn.). Także Barbara Szatur-Jaworska, dokonując charakterystyki subpopulacji ludzi starych z perspektywy gerontologii społecznej, podkreśla, że są oni „(...) zbiorowością bardzo wewnętrznie zróżnicowaną – mają bardzo różne potrzeby i aspiracje, różne możliwości i kompetencje” (Szatur-Jaworska 2009: 54).

pobiegającą wykluczeniu społecznemu (Szarota 2012: 142–143). Zdawanie sobie przez tych profesjonalistów sprawy z obecnie istniejących i przewidywanych na przyszłość różnicowań strukturalnych w obrębie zbiorowości seniorów oraz dostosowywanie do nich form i metod działalności pomocowej może się przyczynić, jak sądzę, do właściwego ukierunkowania gerontologicznej pracy socjalnej, przed którą – z racji starzenia się naszego społeczeństwa – stoją i będą stawać w przyszłości liczne wyzwania. Poniższe rozważania traktuję więc jako skromny wkład w przybliżenie osobom zaangażowanym w profesjonalną pomoc na rzecz ludzi starych zagadnienia demograficznie uwarunkowanych różnicowań w składzie zbiorowości polskich seniorów i zasygnalizowanie wynikających z tego faktu wniosków dla prowadzonej przez nich działalności pomocowej.

Demograficzne wyznaczniki sposobów realizacji gerontologicznej pracy socjalnej

Płeć i stan cywilny seniorów

Seniorzy, do których zalicza się najczęściej osoby w wieku 65 i więcej lat, stanowią ten segment polskiego społeczeństwa (podobnie zresztą jak większości społeczeństw europejskich), którego udział procentowy, obecnie już wysoki (w 2012 roku – 14,2%), będzie w kolejnych latach systematycznie wzrastał. Według prognozy GUS w 2035 roku liczba osób powyżej 65. roku życia wyniesie 8558 tysięcy, co będzie stanowić aż 23,2% ogólnej liczby ludności, z kolei według prognozy opracowanej przez Eurostat w 2060 roku będzie w naszym kraju żyło 34,5% osób w tym wieku².

Seniorzy to zbiorowość wyraźnie sfeminizowana pod względem demograficznym. Kobiety stanowią (i w przewidywalnej przyszłości nadal będą stanowiły) w niej większość, a ich udział rośnie w kolejnych, coraz starszych grupach wieku (zob. tabela 1). Nasuwa się pytanie, czy ta ilościowa dysproporcja w strukturze seniorów według płci ma jakieś znaczenie z punktu widzenia praktycznej działalności pomocowej? Z całą pewnością można powiedzieć, że jej „statystycznym” efektem jest zdominowanie strumienia klientów pracowników służb społecznych przez kobiety, i to nie tylko dlatego, że jest ich więcej niż mężczyzn, ale także z tej racji, że charakteryzuje je większa – w porównaniu z tymi ostatnimi – skłonność do poszukiwania wsparcia społecznego (Greenglass 2004: 149), także o charakterze instytucjonalnym (Muszyńska 2006: 41).

² Według założeń tej prognozy liczba ludności Polski będzie w 2060 roku o ponad 5,8 milionów mniejsza niż w 2012 roku i ma wynosić niespełna 33 miliony.

Tabela 1. Współczynnik feminizacji w Polsce wśród ludności w wieku 65 i więcej lat w 2012 roku oraz prognoza na 2035 rok

Liczba kobiet na 100 mężczyzn	Grupy wieku				
	65–69	70–74	75–79	80–84	85 i więcej
2012 rok	126,9	146,1	169,3	202,4	282,3
2035 rok	116,6	127,6	144,2	169,5	223,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie: dane za 2012 rok – *Rocznik demograficzny 2013* (2013: 137); prognoza na 2035 rok – *EUROPOP 2010*.

Kobiety bowiem reagują na trudności życiowe większym stresem i częściej niż mężczyźni czują się wobec nich bezradne. Poczucie bezradności, a nawet beznadziejności, jest charakterystyczne przede wszystkim dla kobiet o niższym poziomie poczucia sprawstwa/kontroli. Z badań psychologów wynika, że na poprawę ich kondycji psychicznej, szczególnie gdy są w podeszłym wieku, pozytywnie wpływa kontakt z przyjaźnie nastawioną osobą, chętną do udzielenia pomocy (Russo, Green 2002: 324). Mężczyźni natomiast w sytuacjach trudnych starają się stosować strategie zorientowane na działanie i rozwiązanie problemu (Muszyńska 2006: 41; Trzebińska 1999: 247), a ich niechęć do szukania profesjonalnej pomocy wynika w głównej mierze z obawy przed koniecznością „odślaniania” przed obcą osobą własnych problemów i słabości. Takie zaś zachowanie byłoby, w ich przekonaniu, niezgodne z wymogami „męskiej” roli, której społeczny wizerunek, przekazywany i utrwalany w procesie socjalizacji, jest mocno zakorzeniony w ich świadomości.

Poszukując wyjaśnienia przyczyn ilościowej przewagi kobiet w subpopulacji seniorów, a także uzasadnień dla udzielania im wsparcia w trudnych momentach życia, nie można pominąć roli – stwierdzonej przez demografów – prawidłowości, która dotyczy rozkładu zgonów rozpatrywanych z punktu widzenia płci osób odchodzących z tego świata. Powszechnie wiadomo, że nieuchronność śmierci nie omija nikogo, a ryzyko zgonu wzrasta wraz z wiekiem człowieka. Porównując to ryzyko w odniesieniu do kobiet i mężczyzn w tym samym wieku, można stwierdzić, że jest ono wyższe wśród tych ostatnich i powoduje zmniejszanie się ich udziału wśród osób w określonym wieku. W rezultacie do starości dożywa zdecydowanie mniej mężczyzn niż kobiet – stąd ilościowa przewaga tych ostatnich w zbiorowości seniorów. Z badań demograficznych wynika również, że na zwiększone ryzyko zgonu narażeni są szczególnie nieżonaci mężczyźni. Pozostawanie w małżeństwie obniża wprawdzie poziom tego ryzyka, ale i tak zdecydowanie (około trzykrotnie) częściej dochodzi do rozwiązania małżeństwa w wyniku śmierci męża niż w wyniku śmierci żony. W konsekwencji wśród kobiet w podeszłym wieku największy odsetek stanowią wdowy (zob. tabela 2), a ich udział zwiększa się w kolejnych grupach wieku (zob. tabela 3).

Tabela 2. Ludność Polski w wieku 65 i więcej lat według płci i stanu cywilnego w 2011 roku*

Wyszczególnienie	Stan cywilny prawny	Stan cywilny faktyczny
Mężczyźni	100,0	100,0
Kawalerowie	3,9	3,4
Żonaci	76,3	74,6
Partnerzy	x	1,6
Wdowcy	16,5	16,1
Rozwiedzeni	3,1	2,6
Separowani	x	0,5
Stan cywilny nieustalony	0,2	1,2
Kobiety	100,0	100
Panny	4,3	3,8
Zamężne	33,8	33,0
Partnerki	x	0,7
Wdowy	57,9	57,3
Rozwiedzione	3,7	3,5
Separowane	x	0,3
Stan cywilny nieustalony	0,3	1,4

*Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Rocznik demograficzny 2013* (2013: 159, 162).

Tabela 3. Udział wdów i wdowców wśród ludności Polski w wieku 65 i więcej lat w 2011 roku (w %)*

Wyszczególnienie	Grupy wieku				
	65–69	70–74	75–79	80–84	85 i więcej
Wdowy	35,0	48,8	62,6	74,9	84,3
Wdowcy	7,6	11,6	17,6	27,6	44,2

*Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011 – podane informacje dotyczą stanu cywilnego faktycznego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Rocznik demograficzny 2013* (2013: 162).

Śmierć męża czy żony jest zawsze traumatycznym doświadczeniem, ale jego wpływ na sytuację życiową drugiej połowy małżeńskiej diady jest zależny od jej wieku i sytuacji rodzinnej. U osób starszych strata współmałżonka „jest głównym czynnikiem wzrostu poczucia osamotnienia, bezradności, pustki, tęsknoty, smutku, depresji, braku nadziei, a także intensywnego uczucia tęsknoty za osobą zmarłą” (Steuden 2009: 172), natomiast przejawy reakcji na tę stratę są odmienne u mężczyzn i kobiet. Mężczyźni, częściej niż kobiety, ujawniają reakcje rezygnacyjne, osamotnienie i bardziej pesymistyczną postawę wobec przyszłości (*ibidem*), ale z drugiej strony „starają się pokazać siebie silnymi i działać tak, jakby nic się nie stało. To inny styl radzenia sobie z trudnościami: w izolacji, samotnie, okazując innym siebie w działaniu” (Kra-kowiak 2008: 61), wynikający z tradycyjnego modelu wychowania, w którym przy-znawanie się mężczyzny do jakichkolwiek słabości nie znajduje aprobaty. Kobiety są bardziej skłonne ujawniać swoje uczucia poprzez wspomnianie osoby zmarłej, dzielenie

się swoim smutkiem, oznaki żałoby, uczestnictwo w rytuałach religijnych czy odwiedziny na cmentarzu (*ibidem*: 60). W okresie żałoby u obu płci występuje podwyższone ryzyko śmierci własnej. U kobiet trwa ono przez okres około 1–2 lat po śmierci męża, u mężczyzn trwa krócej, ale w pierwszym półroczu po śmierci żony jest bardzo nasilone, także z powodu śmierci samobójczej (Steuden 2009: 178)³.

Śmierć współmałżonka(i) jest – zdaniem badaczy – najbardziej traumatycznym spośród doświadczanych przez człowieka wydarzeń życiowych (Birch, Malim 2001, za: Szatur-Jaworska i in. 2006: 77). Nie doświadczają jej jednak wszyscy – przeżywają ją tylko te osoby, które pozostawały w małżeństwie. Jednak zarówno one, jak i wszyscy ci, którzy nigdy nie założyli rodziny, tracą też inne bliskie im osoby, o czym w refleksyjnym tonie pisze Zofia Starowieyska-Morstinowa:

Dookoła człowieka starego wymierają – zdaje mu się – z błyskawiczną szybkością jego rówieśnicy. Traci całe swoje dalsze i bliższe rodzeństwo. I nagle z lękiem i zgrozą spostrzega, że jest naprawdę samotnym, jedynakiem. Do tego – jedynakiem – starym. (...) Nie tylko jednak rodzeństwo w dosłownym znaczeniu traci starzejący się człowiek. Traci także towarzyszy, kolegów, przyjaciół. I nagle spostrzega, że nie ma już do kogo powiedzieć: „czy pamiętasz”? Straszny jest moment, w którym to sobie uświadamiamy (1982: 29).

Skoro więc poczucie straty i osamotnienia jest tak powszechne wśród osób w podeszłym wieku, istnieje niemal pewność, że każdy profesjonalista zaangażowany w pomoc na ich rzecz zetknie się z tym problemem w trakcie swej pracy zawodowej. Postąpi słusznie, jeśli organizując i prowadząc działania pomocowe nastawione na udzielanie wsparcia osamotnionym seniorom, będzie się kierował nie tylko własną intuicją, ale wykorzysta także wnioski, jakie płyną w tej materii z badań naukowych. A z badań tych wynika, że profesjonalna pomoc bywa niejednokrotnie potrzebna człowiekowi starszemu, zanim jeszcze nastąpi definitywne odejście z tego świata znajdującej się na skraju życia bliskiej mu osoby. Jest to okres tak zwanej antycypowanej żałoby, w którym wskazane jest zachęcanie do rozmowy na temat stanu zdrowia tej właśnie osoby oraz do klaryfikacji planów na przyszłość – po jej zgonie. Już na tym etapie, obok rodziny i osób najbliższych, istotny może być udział pracownika socjalnego (Steuden 2009: 177). Bezpośrednio po śmierci osoby bliskiej człowiekowi starszemu potrzebna jest konkretna pomoc w załatwianiu spraw związanych z pochówkiem, szczególnie gdy nie ma on rodziny lub innych bliskich osób, które mogłyby go wspierać w tej trudnej chwili. W dalszym okresie żałoby istotne jest dokonanie oceny istniejących problemów praktycznych, finansowych, a także możliwości wsparcia ze strony otoczenia społecz-

³ Wśród samobójców we wszystkich grupach wieku przeważają mężczyźni, na przykład w 2011 roku stanowili oni 87,5% ogółu osób, które pozbawiły się życia, natomiast wśród mężczyzn powyżej 65. roku życia odsetek ten wynosił 61,7% (*Rocznik demograficzny 2013*: 372–376, obliczenia własne). Oczywiście te ogólne dane statystyczne nie dają podstawy do stwierdzenia, ilu spośród starszych mężczyzn, którzy targnęli się na własne życie, uczyniło to pod wpływem załamania psychicznego spowodowanego śmiercią żony. Opierając się jednak na wnioskach wynikających z badań psychologicznych, można przyjąć, że przynajmniej część samobójców w tej grupie wieku to wdowcy, którzy nie byli w stanie pogodzić się ze śmiercią swej małżonki.

nego. Jest bardzo ważne, aby osoba przeżywająca stratę nie pozostawała w izolacji społecznej, lecz odnowiła stare, względnie nawiązała nowe kontakty, na przykład przez włączenie się do grup wsparcia dla osób w żałobie. Wyniki badań naukowych potwierdzają, że uczestnictwo w takich grupach prowadzi do wzrostu otwartości i złagodzenia samotności emocjonalnej (*ibidem*: 179). Niestety, w naszym kraju funkcjonuje stosunkowo niewiele takich grup⁴, ponieważ w społeczeństwie dość powszechne jest przekonanie, że „analizowanie bolesnego (...) wydarzenia czy towarzyszących mu emocji nie przyniesie żadnego pożytku” (Krakowiak 2008: 121).

Doświadczenie straty współmałżonka lub innej bliskiej osoby nie jest oczywiście jedyną, ale często „wyjściową” przyczyną, która może sprawić, że osamotniona osoba starsza zdecyduje się na poszukiwanie wsparcia poza siecią swoich dotychczasowych kontaktów społecznych. Może chcieć go szukać w indywidualnej relacji z profesjonalistą bądź w kontakcie z osobami o podobnych problemach tworzącymi grupę samopomocową lub spotykającymi się na forum grupy prowadzonej przez profesjonalistę⁵. Okoliczności i rodzaj wsparcia poszukiwanego przez daną osobę zależą w pewnym stopniu od jej osobowości (Knoll, Schwarzer 2004: 48), a sama skłonność do jego poszukiwania jest skorelowana, jak już wcześniej wspomniano, z przynależnością do określonej płci: zdecydowanie wyraźniej ujawnia się wśród kobiet, znacznie słabiej wśród mężczyzn. Natomiast realna możliwość otrzymania wsparcia zależy w głównej mierze od gotowości profesjonalistów do jego udzielania bądź to w ramach bezpośredniej pracy socjalnej prowadzonej w formie indywidualnej lub grupowej, bądź też poprzez działania pośrednie polegające na animowaniu i organizowaniu różnych form tego typu pomocy.

Wiek i stopień niepełnosprawności seniorów

Przenosząc uwagę z zagadnień wynikających ze zróżnicowania zbiorowości seniorów pod względem płci i stanu cywilnego na inny, nie mniej ważny obszar analizy, warto przyjrzeć się wyzwaniom dla pracy socjalnej wynikającym ze zjawiska tak zwanego podwójnego starzenia się społeczeństwa. Polega ono na powiększaniu się udziału osób w wieku sędziwym (80 i więcej lat) wśród wzrastającego w całej populacji odsetka osób zaliczanych do kategorii seniorów (65 i więcej lat). Aktualny i przewidywany na 2035 rok stan rzeczy w tym zakresie obrazują dane zawarte w tabeli 4. Warto tu dodać, że według prognozy Eurostatu sięgającej 2060 roku osoby powyżej 80. roku życia mają stanowić wówczas ponad 1/3 ludności Polski (35,7%).

⁴ Funkcjonują one głównie przy hospicjach i niektórych oddziałach szpitalnych.

⁵ Niejednokrotnie uczestnictwo w grupie wsparcia staje się momentem przełomowym w życiu osoby, która sama poszukiwała pomocy. Sprawia, że uświadamia sobie ona potrzebę niesienia pomocy innym i realizuje ją poprzez zaangażowanie w innych typach grup. Z badań psychologicznych wynika, że zaangażowanie społeczne w okresie starości ma bardzo korzystny wpływ na kondycję psychiczną seniorów (Knoll, Schwarzer 2004: 39–40).

Tabela 4. Ludność Polski w wieku 65 i więcej lat oraz 80 i więcej lat w 2012 i 2035 roku

Wyszczególnienie	2012 rok	2035 rok
Odsetek ludności w wieku 65+	15,6	23,2
Odsetek ludności w wieku 80+	3,9	7,2
Odsetek osób w wieku 80+ wśród ludności w wieku 65+	25,0	30,8

*Dane prognostyczne

Źródło: dane za 2012 rok – *Rocznik demograficzny 2013* (2013: 137); prognoza na 2035 rok – *Prognoza ludności na lata 2008–2035* (2009: 204, 219).

Sędziwa starość, która staje się udziałem coraz liczniejszej rzeszy seniorów, to faza życia powiązana najczęściej z postępującą niesprawnością, utrudniającą lub wręcz uniemożliwiającą samodzielne wykonywanie codziennych, podstawowych czynności życiowych. Taki jej obraz, rysujący się w naszej świadomości w wyniku skumulowania elementów własnych obserwacji, zasłyszanych opinii czy medialnych przekazów, potwierdzają również wyniki badań naukowych. Szczególne znaczenie mają w tym zakresie dwa z nich: przeprowadzone na próbie reprezentatywnej badanie stanu zdrowia ludności Polski z 2009 roku oraz spis ludności z 2011 roku⁶. Z badań tych wynika, że odsetek osób niepełnosprawnych⁷, wcale nie mały wśród „młodszych” seniorów, zwiększa się sukcesywnie wraz z upływem lat życia i obejmuje ponad połowę reprezentantów tak zwanego czwartego wieku, liczących 80 i więcej lat (zob. tabela 5). Postępująca z wiekiem niesprawność powodująca ograniczenie lub zanik możliwości samodzielnego funkcjonowania (zob. tabela 6) zwiększa zależność sędziwych seniorów od osób trzecich. O podmiotowym wymiarze tej zależności, a także o zakresie udzielanego wsparcia decydują w głównej mierze sytuacja rodzinna seniorów oraz stan ich kondycji fizycznej i psychicznej. Z reguły pierwszym podmiotem, który po-
czuwa się do udzielania pomocy niesamodzielnym seniorom i faktycznie ją świadczy,

⁶ Mimo że spisy ludności mają charakter powszechny i z tej racji winny dostarczyć najdokładniejszych informacji o skali i różnych aspektach badanych zjawisk, niestety takiego rezultatu w odniesieniu do niepełnosprawności nie udało się osiągnąć podczas ostatniego spisu, ponieważ udzielanie odpowiedzi na pytania dotyczące tej kwestii odbywało się na zasadzie dobrowolności i ponad 1,3 miliona respondentów (w tym ponad 36% kobiet i niecałe 17% mężczyzn w wieku poprodukcyjnym) odmówiło udzielenia odpowiedzi (*Ludność i gospodarstwa domowe...*, 2013: 53).

⁷ W obu przytaczanych badaniach zastosowano podział osób niepełnosprawnych na trzy kategorie: a) osoby niepełnosprawne prawnie i biologicznie, to jest takie, które posiadają odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony i jednocześnie odczuwają ograniczenie podstawowych czynności życiowych odpowiednich dla ich wieku; b) osoby niepełnosprawne tylko prawnie, to jest takie, które posiadają odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony; c) osoby niepełnosprawne tylko biologicznie, to jest takie, które takiego orzeczenia nie posiadają, ale odczuwają ograniczenie podstawowych czynności życiowych odpowiednich dla ich wieku (w odniesieniu do osób w starszym wieku dotyczy to podstawowej samoobsługi przy czynnościach higienicznych, zakupach, przyrządzaniu posiłków itp.).

jest najbliższa rodzina⁸, a osobami najczęściej zaangażowanymi w realizację pomocowego wsparcia są ich córki/współmałżonkowie (Bień 2003: 73; Bocheńska-Seweryn, Kluzowa 2011: 47).

Tabela 5. Osoby niepełnosprawne w Polsce wśród ludności w wieku 60 i więcej lat (w %)

Wyszczególnienie	Kategoria osób niepełnosprawnych			
	Niepełnosprawne prawnie i biologicznie	Niepełnosprawne prawnie	Niepełnosprawne tylko biologicznie	Razem
A – Osoby niepełnosprawne w 2009 roku w wieku:				
60–69 lat	8,4	15,5	7,8	31,7
70–79 lat	13,7	12,3	14,5	40,5
80 i więcej lat	17,8	12,6	23,5	53,9
B – Osoby niepełnosprawne w 2011 roku w wieku:				
60–69 lat	14,8	17,6	8,8	41,2
70–79 lat	18,9	21,6	15,2	55,7
80 i więcej lat	19,9	21,9	22,1	63,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie A – *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* (2011: 252); B – *Ludność i gospodarstwa domowe* (2013: 148–149).

Zorganizowanie pomocy/opieki jest najprostsze w sytuacji wspólnego zamieszkiwania pod jednym dachem. Nieco trudniej jest zorganizować rodzinną pomoc w przypadku oddzielnego zamieszkiwania w obrębie tej samej miejscowości, a z trudnościami, niekiedy niemożliwymi do pokonania, przychodzi to czynić wówczas, gdy dystans przestrzenny między osobą potrzebującą na co dzień opieki a jej bliskimi przekracza granice danej miejscowości i wyraża się w dziesiątkach czy setkach kilometrów dzielących obie strony. Rodzi się wtedy konieczność korzystania z pomocy pozarodzinnej, czy to sąsiedzkiej, czy to w postaci usług opiekuńczych organizowanych za pośrednictwem miejscowego ośrodka pomocy społecznej albo świadczonych przez podmioty prywatne. Natomiast w sytuacji, gdy taka domowa pomoc okazuje się niewystarczająca lub nie można jej zorganizować, pozostaje skorzystanie ze stacjonarnego wsparcia instytucjonalnego w domu pomocy społecznej.

⁸ W reprezentatywnych badaniach wykonanych w ramach projektu PolSenior członkowie rodziny zostali wskazani jako dawcy pomocy przez 93,5% respondentów (Błędowski 2012: 461).

Tabela 6. Osoby w wieku 60 i więcej lat niezdolne do samodzielnego wykonywania wybranych czynności samoobsługowych i domowych (w %)

Typ czynności	Grupy wieku		
	60–69	70–79	80 i więcej lat
Spożywanie posiłków	0,1	0,6	2,0
Ubieranie i rozbieranie się	1,0	2,1	4,3
Korzystanie z WC	0,7	1,5	4,1
Umycie i wytarcie całego ciała	1,8	4,7	9,0
Przygotowanie posiłków	2,7	6,8	14,1
Korzystanie z telefonu	1,4	3,6	13,8
Robienie zakupów	8,4	25,0	39,8
Wykonanie lekkich prac domowych	5,8	12,4	28,3
Zajmowanie się finansami i sprawami administracyjnymi	7,3	20,8	42,4

Źródło: *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* (2011: 270, 272).

Sami seniorzy preferują zdecydowanie pomoc i opiekę członków rodziny (Borowiak, Kostka 2010: 213; Błędowski 2012: 452), wspomaganych w razie potrzeby przez osoby świadczące konkretne usługi, na przykład pielęgniarские, gospodarcze itp. Mniejszą aprobatą z ich strony cieszy się korzystanie wyłącznie z pomocy osób spoza rodziny, a ewentualną perspektywę przeniesienia się do placówki stacjonarnej dla osób w podeszłym wieku traktują jako absolutną ostateczność (Omyła-Rudzka 2012: 8).

Podsumowanie

Choć, jak słusznie zauważa Piotr Błędowski, powinność spełniania przez rodzinę funkcji opiekuńczej w stosunku do swych, wymagających pomocy, sędziwych członków jest ze względów moralnych i prawnych oczywista, to jednak, by mogła ona „skutecznie wywiązywać się ze swej roli, musi otrzymywać wsparcie od służb medycznych i socjalnych” (Błędowski 2012: 463). Wynika stąd jednoznaczny, wręcz strategiczny wniosek, że udzielanie tego wsparcia obecnie – w sytuacji postępującego przyrostu odsetka ludzi w bardzo zaawansowanym wieku – stanowi ważne zadanie dla osób związanych zawodowo z obszarem pracy socjalnej. Jego realizacja spoczywa zarówno na barkach profesjonalistów, którzy są zaangażowani w bezpośrednią pomoc seniorom i ich rodzinom, jak i na barkach organizatorów sieci pomocowej w społecznościach lokalnych. Rolą tych pierwszych jest utrzymywanie systematycznego kontaktu z niesamodzielnymi, sędziwymi podopiecznymi w celu rozpoznawania ich bieżących potrzeb i monitorowania stanu ich funkcjonowania (co jest szczególnie ważne w przypadku, gdy zamieszkują oni samotnie) oraz udzielanie im pomocy adekwatnej do istniejących potrzeb. Do zadań tych drugich natomiast należą podejmowanie działań ukie-

runkowanych na poszerzanie oferty pomocowej dla seniorów, ułatwianie im dostępu do istniejących źródeł wsparcia i koordynacja przedsięwzięć realizowanych przez podmioty, które nastawione są na świadczenie pomocy najstarszym mieszkańcom danej społeczności lokalnej. Wypełnianie każdego z wymienionych wyżej zadań to swoje wyzwanie dla profesjonalistów. Dla wykonawców bezpośredniej pracy środowiskowej istotną trudność może stanowić samo zyskanie zaufania ze strony seniorów, którym mają pomagać. Niełatwe też może okazać się znalezienie właściwego „klucza”, pozwalającego rozszyfrować skomplikowane niejednokrotnie stosunki panujące w ich rodzinach i otwierającego drogę do włączenia ich krewnych w potrzebną pomoc i opiekę. Organizatorzy lokalnej sieci wsparcia dla seniorów muszą natomiast liczyć się z tym, że nie wszyscy lokalni decydenci wykażą odpowiednie zrozumienie dla potrzeb członków tej kategorii społecznej i zechcą uczestniczyć w pracy na ich rzecz. Nie jest też pewne, czy ci, którzy się w nią zaangażują, będą chcieli zgodnie ze sobą współpracować.

Z poczynionych uwag wynika, że wykonywanie pracy pomocowej na rzecz seniorów nie należy do zadań łatwych. Dlatego nie jest wskazane, aby w realizację tego obszaru pracy angażowały się osoby mało odporne psychicznie, oczekujące szybkich rezultatów swego działania oraz źle znoszące porażki. W obszarze gerontologicznej pracy socjalnej mogą natomiast z pożytkiem działać ci profesjonaliści, którzy rozumieją i szanują ludzi starych, posiadają odpowiednie predyspozycje osobowościowe do pracy z nimi i dla nich, a także są zainteresowani poszerzaniem i aktualizowaniem wiedzy gerontologicznej, której istotny składnik stanowią między innymi zasygnalizowane w tym tekście zagadnienia demograficzne.

Bibliografia

- Bień B. (2003), „Stan zdrowia i sprawność ludzi starych”, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Birch A., Malim T. (2001), *Psychologia rozwojowa w zarysie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Błędowski P. (2012), „Potrzeby opiekuńcze osób starszych”, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce. PolSenior*, Warszawa: Termedia Wydawnictwo Medyczne.
- Bocheńska-Seweryn M., Kluzowa K. (2011), „Rodzinna i pozarodzinna opieka domowa nad osobami starszymi”, [w:] Z. Szarota (red.), *Starość zależna – opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej*, Biblioteka Gerontologii Społecznej, t. 3, Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.
- Borowiak E., Kostka T. (2010), *Oczekiwania na świadczenia opiekuńcze starszych mieszkańców obszaru miejskiego i wiejskiego oraz instytucji opiekuńczo-pielęgnacyjnych*, „Gerontologia Polska”, 18 (4).
- EUROPOP 2010, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>.
- Gee E.M. (2002), *Misconceptions and Misapprehensions about Population Ageing*, „International Journal of Epidemiology”, 31 (4).

- Greenglass E. (2004), „Różnice wynikające z ról płciowych, wsparcie społeczne i radzenie sobie ze stresem”, [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Knoll N., Schwarzer R. (2004), „Prawdziwych przyjaciół... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć”, [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krakowiak P. (2008), *Strata, osierocenie i żałoba. Poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie*, Gdańsk: Via Medica.
- Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna. Część I. Ludność* (2013), Warszawa: GUS.
- Muszyńska E. (2006), „Kobiety i mężczyźni wobec trudności i kryzysów”, [w:] M. Chomczyńska-Rubacha (red.), *Role płciowe. Socjalizacja i rozwój*, Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Omyła-Rudzka M. (2012), *Polacy wobec własnej starości* – komunikat z badań BS/94/2012, Warszawa: CBOS.
- Prognoza ludności na lata 2008–2035* (2009), Warszawa: GUS.
- Rocznik demograficzny 2013* (2013), Warszawa: GUS.
- Russo N.F., Green B.L. (2002), „Kobiety a zdrowie psychiczne”, [w:] B. Wojciszke (red.), *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* (2011), Warszawa: GUS.
- Starowieyska-Morstinowa Z. (1982), *Patrzę i wspominam*, Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Studen S. (2009), „Doświadczenie żałoby przez osoby starsze”, [w:] S. Studen, S. Tucholska (red.), *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Szarota Z. (2012), „Praca socjalna a człowiek w podeszłym wieku”, [w:] D. Błasiak, I. Piątkowska-Lipka (red.), *Rola pracy socjalnej w przeciwdziałaniu zjawisku wykluczenia społecznego*, Katowice: ROPS.
- Szatur-Jaworska B. (2009), „Starzenie się ludności – zadania dla pracy socjalnej”, [w:] K. Wódz, K. Faliszek (red.), *Aktywizacja – integracja – spójność społeczna*, Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. (2006), *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Szukalski P. (2009), „Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku”, [w:] P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Trzebińska E. (1999), „Obecność wymiaru Męskość–Kobiecość w psychoterapii. Jak seksizm ingeruje w proces terapeutyczny?”, [w:] J. Mikulska, P. Boski (red.), *Męskość–kobiecość w perspektywie indywidualnej i kulturowej*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.